



*Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge
bruk av mekaniske tvangsmidler i en
akuttpsykiatrisk avdeling?*

Kandidatnummer: 131
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 7949
Dato: 18.04.2017

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.2017
Tittel: Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler i en akuttpsykiatrisk avdeling?	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler i en akuttpsykiatrisk avdeling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven anvender Kari Martinsens omsorgsfilosofi som sykepleieteori. Martinsens syn på omsorg, som et rasjonelt, moralsk og praktisk begrep, er vektlagt. I tillegg presenteres teori om aggresjon, pasientopplevelser av tvangsbruk og konsekvenser av tvang, samt etiske og juridiske perspektiver. Pasientgruppen som er valgt er beskrevet.</p> <p><u>Metode:</u> Litteraturstudie benyttes som metode. Fag- og forskningslitteratur, forskningsartikler, rapporter, fagartikler og lovverk er anvendt som kunnskapskilder. Innsamlet litteratur er fra databasen CINAHL og artikler fra arkivet til Helsebiblioteket og Sykepleien Forskning.</p> <p><u>Drøfting:</u> Ulike forebyggende tiltak som brukermedvirkning, risikovurdering, sykepleierens holdning og kunnskap, miljøterapi, ledelse og rammefaktorer er drøftet på bakgrunn av teoridelen og forskningsartiklene. Etikk blir diskutert på grunnlag av Kari Martinsens omsorgsfilosofi og på basis av lovverket.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Forskningsmaterialet viser til forskjellige virkemidler som sykepleiere kan gjennomføre og nyttiggjøre seg av. Tiltak som brukermedvirkning, kartlegging av risiko for vold, sykepleierens holdning og kunnskap, miljøterapi, ledelse og rammefaktorer kan bidra til å redusere og forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler.</p>	

(Totalt antall ord: 200)

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing og begrepsavklaring	2
1.3.1 Akuttpsykiatrisk avdeling.....	2
1.3.2 Pasientgruppen	3
1.3.3 Mekaniske tvangsmidler	3
1.4 Oppgavens disposisjon	3
2.0 Teoretisk rammeverk	4
2.1 Aggresjon	4
2.2 Sykepleieteori - Kari Martinsens omsorgsfilosofi	5
2.3 Pasientgruppen	6
2.5 Pasienters negative opplevelser av tvang	8
2.6 Potensielle konsekvenser av tvang	9
2.7 Etske perspektiver	9
2.8 Juridiske rammer	10
3. Metode	12
3.1 Valg av metode - Litteraturstudie	12
3.2 Beskrivelse av litteratursøk	13
3.3 Kildekritikk	13
4.0 Forskningsartikler	14
4.1 Studie 1	14
4.2 Studie 2	14
4.3 Studie 3	15
4.4 Studie 4	15
4.5 Studie 5	16
5.0 Drøfting	17
5.1 Brukermedvirkning	17
5.2 Vurdering av risiko for vold	18
5.3 Sykepleierens holdning og kunnskap	19
5.4 Miljøterapi	21
5.5 Ledelse og rammefaktorer	23
5.6 Etikk	25
6.0 Oppsummering	26
Referanseliste	27

1. Innledning

I det norske helsevesenet har alle pasienter i utgangspunktet bestemmelsesrett, slik at pasienten selv bestemmer om han eller hun vil motta helsehjelp. Pasientautonomi innebærer at pasienten er kompetent til å vite hva som er hans/hennes beste. Denne selvbestemmelsesretten kan likevel begrenses ved bruk av lov, for å ivareta liv og helse for pasient og helsepersonell. Tvangsbruk i psykiatrien begrenser denne selvbestemmelsesretten.

I løpet av det siste året har mediene hatt ett økende fokus på bruken av tvang innen psykiatri i Norge. Det er spesielt avisen VG som har skapt oppmerksomhet gjennom serien «Tvangsloggene». VG avslørte lovbrudd, omdiskuterte begrunnelser og grov svikt i dokumentasjonen ved en gjennomgang av 14 institusjoner i Norge (Åsebø & Norman, 2016). Helseministeren Bent Høie reagerte kraftig på avsløringene og uttalte at han ville redusere tvangsbruken i Norge og gjøre det vanskeligere å ta i bruk tvang (Åsebø, Norman & Daae, 2016). Det har samtidig kommet negative pasienterfaringer fram i media, som har handlet om urettmessig tvangsbruk (Åsebø & Norman, 2016). I fagmiljøet har redusert bruk av tvang lenge vært et tema. For å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern, har forskningskonsernet SINTEF utarbeidet en tiltaksplan på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (SINTEF, 2006). Denne oppgaven ønsker å belyse sykepleierens forebyggende rolle i bruken av tvang i psykisk helsevern.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er et faglig og politisk mål at psykiske helsetjenester i størst mulig grad baserer seg på frivillighet. Dette kommer fram i Helse- og omsorgsdepartementet sin strategi "Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)." Målene var å øke frivilligheten, redusere bruken av tvang og forbedre kvaliteten på data om tvang i psykisk helsevern. Strategiens visjon ble beskrevet: «De psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv, og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6).» Til tross for myndighetenes uttalte mål om å øke frivilligheten i psykiske helsetjenester, viser forskningen om tema at bruken av tvang ikke er redusert nevneverdig (Pedersen, Hellevik, & Skui, 2016). Samme forskningsmateriale viser at forskjellene i tvangsbruk i landet skyldes lokale forhold, og ikke de ulike pasientpopulasjonene.

For sykepleiere i det psykiske helsevernet vil det kunne oppleves som uforsvarlig og ikke kunne gripe inn i situasjoner der pasienten motsetter seg den helsehjelp som faglig vurderes å være nødvendig. Pasienterfaringer viser at tvangsbruk kan oppleves som et sterkt traumatiserende overgrep og det er derfor både fra faglig og politisk hold ønskelig at psykiske helsetjenester i størst mulig grad baseres på frivillighet (Pedersen, Hellevik & Skui, 2016). Bruken av tvang er derfor strengt regulert av loven. Fra et personlig ståsted ønsker jeg å øke egen kompetanse på dette området. Jeg vil derfor undersøke om det er noen virkemidler sykepleiere kan benytte seg av for å forebygge og redusere bruk av tvang.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen er som følger: *Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler i en akuttpsykiatrisk avdeling?*

Bruk av tvangsmidler er nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, samt for å avverge betydelig skade på omgivelser (Psykisk helsevernloven, 1999). Situasjoner hvor pasienter selv ønsker å bli underlagt tvangstiltak, som for eksempel beltelegging i seng, vil ikke inngå i problemstillingen. Fokuset vil være på tiltak den enkelte sykepleier kan gjøre, og samtidig å se på rammefaktorer som vil påvirke sykepleierens handlinger.

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

1.3.1 Akuttpsykiatrisk avdeling

Oppgaven til akuttpsykiatriske avdelinger er å ta imot pasienter for videre undersøkelse, der henvisende lege vurderer det slik at pasientens status er livstruende eller svært alvorlig, eller der pasienten kan være i fare for å skade andre. Det er i hovedsak fire tilstander dette gjelder; Pasienter med psykotiske tilstander som er kjennetegnet av stor uro og utagering, som kan være til skade for pasientens selv eller andre. Den andre gruppen er psykotiske og/eller andre lidelser som opplever sterk angst eller depresjon, hvor det er fare for at pasienten skal ta livet sitt eller utøve vold mot seg selv eller andre.

Videre omfatter det tilstander av delirium, som ikke har bakgrunn av somatiske lidelser eller rehabilitering etter ruslidelse. Den siste hovedgruppen av lidelser er psykiske lidelser hos personer under 18 år som omsorgspersoner ikke kan håndtere, og i de tilfellene hvor behov for akutt psykisk helsehjelp er stort (Legevakthåndboken, 2015).

1.3.2 Pasientgruppen

Oppgaven vil avgrenses til å gjelde personer over 18 år, og innlemmer både de som er frivillig og tvangsinnlagt. Alle psykiske lidelser er inkludert, uten fokus på enkelte diagnoser. Dette er for å sette søkelys på helheten i det forebyggende arbeidet med tvang.

1.3.3 Mekaniske tvangsmidler

Oppgaven fokuserer på bruken av mekaniske tvangsmidler. Den psykiske helsevernloven har definert mekaniske tvangsmidler på følgende måte: Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær (Psykisk helsevernloven, 2016). Andre tvangsmidlene er isolasjon eller skjerming, bruk av korttidsvirkende legemidler (med beroligende eller bedøvende hensikt) eller kortvarig fastholding.

1.4 Oppgavens disposisjon

I teoridelen vises til relevant teori for å belyse problemstillingen og som bakgrunn for drøfting. Først vil sykepleieteorien presenteres, hvor Kari Martinsens omsorgsfilosofi er relevant. Så blir pasientgruppen beskrevet og hvilke diagnoser som er representert i denne gruppen. Etterfulgt er en beskrivelse av mekaniske tvangsmidler og hvordan pasientene opplever tvang, der etiske og juridiske forhold blir diskutert. I det neste kapittelet presenteres de ulike forskningsartiklene. I drøftingsdelen vurderes de ulike metodene man kan benytte for å forebygge tvang. Avslutningsvis er en oppsummering av oppgaven.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet gjøres det rede for en relevant teori, som skal bidra til å belyse problemstillingen (Thidemann, 2015). Først skisseres Kari Martinsens omsorgsfilosofi og deretter beskrives sentrale områder knyttet til problemstillingen. Den inkluderer pasientgruppen, mekaniske tvangsmidler, pasientens negative opplevelse av tvang, potensielle konsekvenser av tvang og aggresjon. Deretter vil de etiske- og juridiske rammene belyses.

2.1 Aggresjon

Begrepet *aggresjon* kan defineres på flere måter. Den leksikalske definisjonen er ”å angripe, gå imot noen” (Hummelvoll, 2012, s. 251). Det er en samlebetegnelse på forskjellige former for selvhevdende oppførsel. Hvis man ikke får uttrykt selvhevdelsen på annen måte, kan *sinne* oppstå som igjen kan utvikle seg til *vold*. Vold er situasjoner der man bevisst prøver å påføre andre skade.

Andre definisjoner av aggresjon er i følge Hummelvoll:

- En trang til å angripe i retning av forsvar og selvhevdelse.
- En følelse av harme som opptrer som svar på økt angst som individet reagerer med når det føler seg truet. Den er karakterisert av en følelse av spenning som fører til et behov for utløsning.
- En situasjon hvor atferd uttrykkes for å frigjøre emosjonelt sinne eller frustrasjon med den hensikt å kommunisere disse følelsene til en selv eller andre. Dette skjer ved å forsterke denne kommunikasjonen gjennom handling på et kontinuum fra trussel til skade.
(Hummelvoll, 2012, s. 251)

Aggresjon har forskjellige uttrykk, som fremkommer når vi er sammen med andre mennesker. Følelsen kan forkles som «sarkasme, latterliggjøring, dobbeltkommunikasjon, idrettslig utfoldelse og selvhevdelse i ulike former» (Hummelvoll, 2012, s. 252). Aggresjonen kan enten rettes innad mot personen selv eller utad. Selvmord ligger ytterst på skalaen når aggresjonen er vendt innover. Når aggresjonen ikke kan rettes mot en kilde, kan den bli stengt inne og fortrenget, og dette kan resultere i depresjon. Mildere former for innadrettet aggresjon er *irritasjon*, og evnen til å takle irritasjon er forskjellig fra person til person.

På den andre siden av skalaen finner vi *raseri*, som er den sterkeste opplevelsen av sinne.

Raseri er ukontrollert aggresjon og det er her vold kan oppstå (Hummelvoll, 2012).

Aggresjon kan også ha en rekke positive virkninger.

Aggresjon kan være en kilde til forandring og være problemløsende. Aggresjon vil også være nødvendig som forsvar mot farlige angrep. Andre nyttige funksjoner aggresjon kan ha er i følge Hummelvoll «Energigivende funksjon, ekspressiv funksjon, selvhevdende funksjon, forsvarsfunksjon, kraftgivende funksjon, diskriminerende funksjoner» (Hummelvoll, 2012, s. 254). Bakgrunnen for aggresjon og vold skilles mellom instrumentelle og emosjonelle former. Instrumentell aggresjon brukes for å oppnå noe annet. Emosjonell aggresjon har som mål å skade, og denne aggresjonen utvikles fra sinne.

2.2 Sykepleieteori – Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Sykepleieteori har som hensikt å beskrive sykepleievirkeligheten, det innebærer å se pasienten, sykepleiepraksisen og sykepleiens mål gjennom sykepleieperspektiv. I Norden har blant annet Kari Martinsen vært en av de mest sentrale sykepleieteoretikerne. Valget av Kari Martinsen er begrunnet i hennes teoretiske rammeverk som vektlegger at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker (Kirkevold, 2014). Møte mellom mennesker er essensielt i psykiatrien, og relasjonen vil være sentral i forebyggingen av vold.

Omsorg er det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens. I omsorgen er forholdet mellom mennesker det vesentligste. Omsorg er en sosial relasjon. Med andre ord, min eksistens forutsetter andre. Mennesket tilværelse er en «medtilværelse» med andre (...) Menneskets vesenstrekk er at det er til *for andres skyld* – for sin egen skyld.
(Martinsen, 1989, s.69)

Martinsen sier at omsorg først og fremst er et *rasjonelt* begrep. Hun begrunner dette med at vi er grunnleggende avhengig av hverandre og har et ansvar for de svake. Prinsippet om at «man skal handle mot andre, som vi vil at andre skal handle mot oss» står sentralt (Martinsen, 1989). Martinsen sier at omsorg er praksis. Ansvarer vi har for de svake må læres gjennom praksis, og hun bruker «den barmhjertige samaritan» som eksempel. Holdning og kvalitet i relasjonen er grunnleggende, men praktisk gjennomføring er det avgjørende (Martinsen, 1989). Den siste dimensjon av omsorg er at den skal ha en *moralisk* side. Omsorgsmoral må læres gjennom erfaring og på den måten integreres verdiene i oss.

Kari Martinsen ønsker å avgrense omsorgsmoralen fra sentimental omsorg og formålsrasjonalitetens etikk. Moral basert på sentimental omsorg kan virke følelsesbetont og irrasjonell, mens formålsorientert etikk kan bli resultatorientert, analytisk, kalkulerende og ikke relasjonell.

Omsorgsmoraleen handler også om hvordan vi bruker makt. Sykepleie – pasientrelasjonen kan være en *avhengighetsrelasjon* og her inngår makt. Makten skal brukes ut fra solidaritet med den svake. Solidaritet er bygd på engasjement og går utover sympati og sentimental omsorg (Martinsen, 1989).

2.3 Pasientgruppen

Tall fra 2015 viser at den største pasientgruppen i det psykiske helsevernet for voksne blir behandlet for affektive lidelser (30 %). Affektive lidelser eller stemningslidelser kjennetegnes ved sykelig endring i stemningsleiet og kan deles inn i seks hovedgrupper (Pedersen & Restad, 2016):

- Bipolar stemningslidelse (manisk-depressiv lidelse)
 - Depressiv episode
 - Maniske episode
 - Tilbakevennende depressiv lidelse (unipolar lidelse)
 - Vedvarende stemningslidelse: cyklotymi
 - Vedvarende stemningslidelse: dystymi
- (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 338)

Andelen pasienter med angstlidelser var 29 %. Angstlidelser kjennetegnes av indre uro og angst (irrasjonell frykt). Hovedgruppene av angst er:

- Fobisk angst: enkel fobi, sosial fobi og agorafobi
 - Panikkangst
 - Traumelidelse: akutt stressforstyrrelse, posttraumatisk stressforstyrrelse, tilpasningsforstyrrelser
 - Tvangslidelse: tvangstanker og tvangshandlinger
 - Generalisert angstlidelse
- (Skårderud et al., 2010, s. 239)

Pasientgruppen med psykoselidelser utgjorde 22 %, psykoselidelse er opplevelsen av å leve i en annen og endret virkelighet. Virkelighetsoppfatningen er annerledes og man har en *realitetsbrist*. Psykotiske pasienter kan oppleve sansemessige og tankemessige forandringer og oppfatter ikke lenger verden rundt seg på samme måte som andre gjør.

Hovedgruppene av psykoselidelser er:

- Schizofreni
 - Schizotyp lidelse
 - Vedvarende vrangforestillingslidelse
 - Akutte og forbigående psykotiske lidelser
 - Indusert vrangforestillingslidelse
 - Schizoaffektiv lidelse
- (Skårderud et al., 2010, s. 317)

Andelen pasienter med ruslidelser var 9 %. I den kategorien skiller man mellom skadelig bruk og avhengighet. Når rusmiddelet gir alvorlige og/eller psykiske skader betegnes det skadelig bruk. Diagnosemanualen ICD-10 har definert avhengighet slik: ”et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi” (Skårderud et al., 2010, s. 436-437). De resterende pasientene ble behandlet for schizofrenier, personlighetsforstyrrelser, sykdom i nervesystemet og andre psykiske lidelser (Pedersen & Restad, 2016).

Innleggelse på en akuttpsykiatrisk avdeling blir oftest fremstilt som noe negativt, og noe som helst bør unngås, men rundt 60 % av pasientene oppfatter at de får svært god hjelp. En innleggelse i akuttpsykiatrien oppleves svært ofte som vanskelig. Det er en erkjennelse av at man ikke lenger har kontroll over livet sitt og må gi ansvaret til andre (Tjora, 2012).

2.4 Mekaniske tvangsmidler

I 2014 ble det fattet 2802 vedtak om mekaniske tvangsmidler (Bremnes et al., 2016).

Bruk av mekaniske tvangsmidler er forbundet med flere risikofaktorer for pasienten og personale. Det er i hovedsak fare for bløtdels-, brudd og hodeskader. Pasienten risikerer også å få nerveskader, respirasjons-, aspirasjons- eller sirkulasjonsforstyrrelser. Risiko for skader øker ved somatiske tilstander og feil bruk av mekaniske tvangsmidler (Andersen et al., 2012).

Helsebiblioteket har laget en oversikt over risikofaktorer:

- Muskel-skjelett skader/sykdom (som osteoporose, skoliose, nyere brudd, ligamentskader)
- Hjerte- og lungelidelser (som angina pectoris, KOLS, astma)
- Andre faktorer som:
 - Alder (barn og gamle), dårlig almenntilstand, dehydrering, underernæring, fedme, rusmisbruk, delir, bruk av psykofarmaka
 - Agitasjon og langvarig motstand
 - Bruk av kokain, amfetamin eller andre sentralstimulerende midler (kan svekke respirasjonen og gi økt kvelningsfare) (Andersen et al, 2012)

2.5 Pasienters negative opplevelser av tvang

De fleste pasienter som utsettes for tvang vil oppleve det som svært integritetskrenkende (Hummelvoll, 2012). Sykepleiere og pasienter har ofte ulik oppfatning av hvordan sykepleiere skal forholde seg til pasientene og selve behandlingen. Det er spesielt tre viktige felt hvor forskjellen kommer til syne:

1. Behandlere og pasienter har ofte ulikt syn på hvordan de ansatte skal opptre overfor pasientene, og på behandlingen.
2. Pasientene som er blitt utsatt for tvang, har en unik og subjektiv kunnskap om tvangen.
3. Behandlere vet hva de ønsker å oppnå ved tvangen, og kan ha vanskelig for å se bort fra det når de skal vurdere å måle effekten av tvangen.
(Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helse, 2012, s.3)

Det er flere studier som viser at årsaken til denne ulike oppfatningen mellom sykepleier og pasient, er at pasienten ikke føler seg sett som et helt menneske. Deres identitet blir splittet opp og definert som en syk person, pasient eller diagnose. Andre studier viser at pasientene opplever at de ikke bare blir forenklet til en diagnose, men også generaliseres med tanke på sin oppførsel. Resultatet av dette pasientsynet er at pasienten kan oppleve å miste identitet. Oppmerksomheten er rettet mot lidelsen og problemer, mens andre deler av pasientens liv som pårørende, hobbyer og eksistensielle behov, ikke får prioritert (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helse, 2012).

Det er i hovedsak to innvendinger pasientene har mot tvang. Pasientene føler seg ikke bedre og de føler ikke at tvangen hjelper mot lidelsen. Den andre innsigelsen er at pasientene mener at tvangen ikke har noen langsiktig virkning. Pasienten har ofte et bredere og mer langsiktig tidsperspektiv på bruk av tvang enn de ansatte ved institusjonen har. Pasientene etterlyser også flere alternativer til tvang (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helse, 2012). Det er også forskjell i hvordan pasienter og personalet vurderer belastningen av tvang. Ansatte opplever ikke redusert bevegelsesfrihet like belastende som det pasientene gjør. Ord som blir brukt for å beskrive tvang er: «overgrep, krenkende, umyndiggjort, uforståelig og latterliggjort» (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helse, 2012, s. 7). Selv om tvang oppleves krenkende der og da, vil noen pasienter godta og akseptere bruke av tvang i ettertid (Aarre, 2012).

2.6 Potensielle konsekvenser av tvang

Pasienter kan oppleve tvangsbruk som en traumatiserende hendelse. Andre pasienter kan erfare en retraumatisering. Tvang kan rive opp gamle opplevelser og minner, og også fremstå som en overgrepssituasjon. I tillegg til pasientens opplevelser, kan også pårørende føle tvangsbruk som et traume (Bjørngen, Storvold, Norvoll, & Husum, 2014).

2.7 Etske perspektiver

Etske vurderinger sammen med lovverket skal regulere atferd for sykepleiere. Bruk av tvang ovenfor pasienter gir etske utfordringer. Sykepleiere kan havne i situasjoner hvor det ikke er noe tydelig svar på hva som er rett eller galt. For å kunne handle på en human måte, sier Hummelvoll at sykepleiere må være bevisst på etske dilemmaer (Hummelvoll, 2012). Nordtvedt (2012) diskuterer også etikk i sykepleien og omtaler flere sentrale prinsipper som er relevante i det psykiske helsevernet. Et av disse prinsippene handler om velgjørenhet.

Velgjørenhetsprinsippet går ut på å sette pasienten i fokus og gjøre det som til enhver tid er til det beste for pasienten. I praksis betyr dette å vise barmhjertighet, medfølelse og sympati med pasienten. Sykepleieren må kunne forstå pasientens situasjon (Nordtvedt, 2012). Ved å forebygge situasjoner hvor pasienten blir utsatt for tvang, vil resultatet være det beste for pasienten. Et annet prinsipp Nordtvedt trekker frem er ikke-skade prinsippet.

Ikke-skade prinsippet er viktig i sammenheng med tvang fordi det sier at sier at man ikke skal skade pasienten. Hvis skade ikke er til å unngå, skal man velge det minst skadelige alternativet (Nordtvedt, 2012). I en praktisk situasjon kan dette overføres ved at sykepleieren holder pasienten fremfor å beltelegge pasienten. Autonomi er et tredje prinsipp som sier at mennesket skal bestemme over seg selv. Pasienter har i de fleste tilfeller evne til rasjonell tenkning. De kan ta imot informasjon og vurdere konsekvensen av egne valg. De skal derfor ikke bli tvunget til et valg som gjelder pasienten selv.

2.8 Juridiske rammer

Bruken av tvang av i det psykiske helsevernet er regulert av ”Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” (Psykisk helsevernloven, 1999). Formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og skal ta utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er det beskrevet: ”Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten” (Norsk sykepleieforbund, 2012). Sykepleieren er også etisk forpliktet til å informere pasienten om lover og rettigheter: ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å og tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2012).»

Bruken av tvangsmidler er regulert av § 4-8: Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold:

Tvangsmidler skal kun brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Som tvangsmiddel kan anvendes:

- a. Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær
- b. Kortvarig anbringelse bak lås eller stengt dør uten personale til stede
- c. Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- d. Kortvarig fastholding
(Psykisk helsevernlov, 1999)

Bruk av tvang reguleres også av andre lover som Pasient og brukerrettighetsloven, Helsepersonelloven og Helse- og omsorgstjenesteloven:

Psykisk helsevernloven § 4-2. Vern om personlig integritet

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket.

(Psykisk helsevernloven, 1999)

Psykisk helsevernforskriften §26:

Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og straks avbrytes dersom den viser seg ikke å ha de forutsatte virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

(Psykisk helsevernforskrift, 2012)

Helsepersonelloven § 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

(Helsepersonelloven, 1999)

3. Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert har formulert metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenal av metoder». Dalland skriver at metode er redskapet i møte med noe vi vil undersøke (Dalland, 2013).

3.1 Valg av metode - Litteraturstudie

Litteraturstudium som metode er valgt på grunn av begrensning i tid og omfang i denne oppgaven og fordi det gir god bakgrunn til å belyse problemstillingen.

Litteraturstudie tar utgangspunkt i allerede eksisterende kilder. I tillegg til forskningslitteratur er det benyttet faglitteratur, pensumlitteratur, rapporter og artikler fra ulike faggrupper. Som en del av metoden vil fremgangsmåten til kildesøk bli beskrevet. Faglitteraturen bør være aktuell og kvalitetssikret og det er vurderingen av de forskjellige kildene som er det metodiske redskapet (Dalland, 2013). Man kan bruke forskjellige verktøy for å kontrollere kvaliteten på artiklene, som bruk av PICO-skjema eller fagellevering. Fordelen med metoden er at utvalget av litteratur er stort, men utfordringen er å finne forskningslitteratur som er relevant, av nyere dato og av god kvalitet (Dalland, 2013).

I oppgaven inngår både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Kvalitativ metode gir data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode går i bredden og søker å få frem det gjennomsnittlige. Metoden er preget av fleksibilitet, som for eksempel spørreskjema med faste svaralternativer eller systematiske og strukturerte observasjoner. Forskeren ser fenomenet utenfra og tar sikte på å formidle forklaringen, ikke forståelsen (Dalland, 2013).

Kvantitativ metode fanger opp det som ikke lar seg måle, som mening og opplevelse.

Metoden går i dybden og ønsker å få frem det som er spesielt og særegent. Observasjonene er ustrukturerte og eventuelle intervju er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer.

Forskeren ser fenomenet innenfra og fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2013).

3.2 Beskrivelse av litteratursøk

Artiklene er hentet fra databasene CINAHL, Helsebiblioteket og Sykepleien Forskning. For å finne relevante artikler er PICO-skjema benyttet som verktøy. I CINAHL var søkeordene *Mechanical restraint* (search as keyword) benyttet, som resulterte i 49 artikler. Søket ble avgrenset til "Full text" med artikler fra perioden 2007 – 2017. Av de 12 resterende artiklene, var tre av disse var relevante for problemstillingen. I Sykepleien Forskning ble det søkt på ordet *Tvang* og søket begrenset til å gjelde 2007 – 2017. Av 19 artikler i søkekategori var to aktuelle. I Helsebibliotekets søkemotor ble *Mekaniske tvangsmidler* brukt som søkeord, som ga 6 resultater, hvor to var interessante.

3.3 Kildekritikk

Dalland (2012) er benyttet i søkeprosessen og vurdering av artikler. Dalland sier at kildene som brukes i oppgaver må vurderes med tanke på kvalitet og relevans for temaet. Kildekritikk er metoden som anvendes for å vurdere kvaliteten til kilden.

Kildene i oppgaven er i hovedsak primærkilder. Dette er den opprinnelige kilden.

Sekundærkilder er kilder som er skrevet på bakgrunn av en primærkilde. Sekundærkilder kan inneholde tolkninger og være upresis, så derfor bør man benytte primærkilder (Dalland, 2012). Artiklenes gyldighet, holdbarhet og relevans er vurdert.

For at fagkunnskapen skal være oppdatert er ingen av artiklene i oppgaven er eldre enn 10 år. De fem artiklene som er benyttet er publisert i tidsskrifter med fagfellelvurdering. Enkelte artikler er publisert i tidsskrifter for sykepleiere, mens andre er publisert i tidsskrifter for psykiatri. Felles for alle tidsskriftene er at de har psykiatri eller psykisk helse som fagfelt. Artiklene omfatter både sykepleier- og pasientperspektivet. Tre av artiklene er skrevet i Skandinavia, som gjør at resultatene har overføringsverdi til norske forhold. De to andre artiklene er skrevet fra Australia og USA, der forholdene kan være forskjellige fra det norske helsevesenet. Tre av artiklene handler om *mekaniske tvangsmidler*, mens de to andre beskriver generell tvang på psykiatriske avdelinger. Det er naturlig å anta at funnene om generell tvangsbruk lar seg overføre til mekaniske tvangsmidler. Fire av artiklene benytter kvantitativ metode for en generell analyse om forebygging av tvang.

4.0 Forskningsartikler

I dette kapittelet presenteres utvalgte forskningsartikler, som er relatert til problemstillingen.

4.1 Studie 1

Mechanical restraint - which Interventions prevent episodes of mechanical restraint? – A systematic review.

(Bak, Brandt-Christensen, Sesoft & Zoffman, 2010)

Hensikt: For å ha et grunnlag for valg og utvikling av sykepleieintervensjoner som reduserer bruken av mekaniske tvangsmidler, ønsket forfatterne å svare på følgende spørsmål: Hvilke forhold og hvilke sykepleieintervensjoner viser seg å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler?

Metode: Systematisk gjennomgang av internasjonale forskningsartikler som omhandler mekaniske tvangsmidler. Evalueringen kombinerte kvalitative og kvantitative studier på en ny måte, ved å beskrive kvaliteten av forskningen og effekten av intervensjonene.

Hovedfunn: Gjennomføringen av kognitiv miljøterapi, kombinerte intervensjoner (blant annet undervisning av pasienter og ansatte, pasient deltakelse og kulturendring) og pasient sentrert pleie var de tre tiltakene som hadde størst sannsynlighet for å hindre bruk av mekaniske tvangsmidler.

4.2 Studie 2

Mechanical restraint in psychiatry: Preventive factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study.

(Bak, Zoffman, Sesoft, Almvik, & Brandt Christensen, 2013)

Hensikt: Målet med studien var å gi et grunnlag for å kunne utvikle forebyggende tiltak mot mekaniske tvangsmidler ved å svare på følgende spørsmål: Hvordan er antatt forebyggende tiltak mot mekaniske tvangsmidler som er ikke-medikamentelle, assosiert med frekvensen av tvangsbruk i Danmark og Norge?

Metode: Studien tok utgangspunkt i tidligere studier for å identifisere forebyggende tvangstiltak. Disse tiltakene ble inkludert i en online spørreundersøkelse, som ble sendt til avdelingsledere på psykiatriske sykehus i Danmark (87) og Norge (96). For å se i hvilken grad de ble bruk på de forskjellige avdelingene, ble hvert forebyggende tiltak omformulert til et spørsmål. Dataene fra avdelingene ble sett i sammenheng med episoder av tvang og analysert sammen med andre variabler.

Hovedfunn: Det var tre forebyggende tiltak som var spesielt knyttet til lavere bruk av mekaniske tvangsmidler: Obligatorisk gjennomgang/vurdering etter episoder med bruk av tvang, involvering av pasienten og romslige omgivelser (f. eks: én seng per rom og store stuer).

4.3 Studie 3

A review of interventions to reduce mechanical restraints and seclusion among adult psychiatric inpatients.

(Steward, Van der Merwe, Bowers, Simpsom, & Jones, 2010)

Hensikt: Denne studien ønsket å undersøke effektiviteten av tiltakene for å redusere bruken av tvang og isolering blant voksne psykiatriske pasienter

Metode: Artikkelen gjør en analyse av studier som omhandlet reduksjon tvang- og isolering etter 1960. Totalt ble 36 studier undersøkt, hvor de fleste var fra USA.

Hovedfunn: Majoriteten av studiene rapporterte om redusert bruk av mekanisk tvang og/eller isolasjon. Intervensjonene var mangfoldige, men noen tiltak ble fremhevet: Trening av personale, bytte av personale, gjennomgang av prosedyrer, kartlegging av pasienter og krisehåndtering initiativ. Studien kunne ikke si hvilke av disse tiltakene som var mest effektive. Sykepleierens holdning, ferdigheter og tilnærming var utelatt fra studien.

4.4 Studie 4

Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature.

(Scanlan, 2010)

Hensikt: Denne studien hadde som mål å analysere tidligere forskning om isolasjon og/eller tvangs reduksjons programmer.

Metode: Det ble utført litteratursøk gjennom fem online databaser: CINAHL, MEDLINE, PsychINFO, EMBASE og Journals@OVID. Totalt ble 144 artikler vurdert og av disse 29 studier, som ble inkludert i analysen.

Hovedfunn:

Det ble funnet syv strategier fra analysen av artiklene som kan redusere bruken av tvang: Endring i kultur/lederskap, gjennomgang/vurdering etter episode med tvang, trening av personalet, involvering av pasienten og flere ansatte.

4.5 Studie 5

The use of physical restraint in Norwegian adult psychiatric hospital.
(Wynn, 2015)

Hensikt: Artikkelen ønsket å gjennomgå fagfellevurdert litteratur, som omhandler bruken av fysisk tvang i Norge, for å undersøke dagens kunnskap om temaet og retninger for fremtidige studier.

Metode: Studien omfattet artikler som omhandlet fysisk tvang (samt holdning til tvangsbruk) i databasene PubMed, PsycINFO, CINAHL, Web of Science og Ambase. Søket begrenset seg til norske psykiatriske sykehus og inkluderte 28 studier.

Hovedfunn: Det er ulikheter i bruk av tvang mellom avdelingen og institusjoner, noe som kan forklares med forskjell i pasientpopulasjonen. Personalet synes å være mindre negativ til bruk av tvang enn pasientene.

5.0 Drøfting

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler på distriktpsykiatrisk senter?*

5.1 Brukermedvirkning

Studie 1 (4.1), studie 2 (4.2) og studie 4 (4.4) viste at brukermidvirkning, myndiggjøring eller *empowerent* forebygger tvang. I studie 2 kom det fram at pasientens deltakelse i sengepostrunder, være med på utforming av regelverk og normer på avdelingen, og deltakelse rundt sykepleiejournalen var gode tiltak. Brukermedvirkning er også en rettighet pasientene har i følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3.1:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Hummelvoll sier at empowerment-modellen skal legge vekt på å gi informasjon og kunnskap, slik at pasienten kan selv ta avgjørelser på et kunnskapsgrunnlag. Brukermedvirkning vil bygge opp under pasientens rett til privatliv, verdighet og verdi. Dette gir grunnlag for at forandringene i helseatferd kan endres gjennom valg, ikke tvang. Sykepleiere kan stimulere pasientens «selvaktelse, myndighet, autonomi og sosiale ferdigheter» (Hummelvoll, 2012, s. 596) og dette vil gi pasienten støtte til avgjørelser de skal ta om egen helse.

I rapporten fra SINTEF «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008), fulgte forskerne 10 akuttposter i psykiatriske sykehus. Alternative tiltak som ble implementert på disse avdelingene var blant annet en anerkjennende tilnærming til pasientene, korrigerende grensesetting til individuell behandling, redusert bruk av fysisk makt og brukermidvirkning i behandlingen. Erfaringene med disse tiltakene var gode på avdelingene (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008).

Forutsetningene for brukermedvirkning i arbeidet med å redusere bruken av tvang var at personalet må ha en positiv holdning til brukermedvirkning. Personalet skal legge vekt på pasientens opplevelser og ønsker, forsøke å bruke pasientens forslag som problemløsning og ha en ydmyk form for kommunikasjon med pasienten (Westerlund, 2010). Innvendingene personalet hadde mot brukermedvirkning, var de fryktet dette ville øke arbeidspresset, og at de ville feilvurdere pasienten sin samtykkekompetanse som kunne komplisere brukermedvirkningen. I rapporten kommer det frem at dette var innvendinger som burde unngås (Westerlund, 2010). Denne konflikten mellom hvor delaktig pasienten skal være versus hvor mye personalet skal styre behandlingen, er en avveining der hvert enkelt tilfelle må vurderes. Sykepleieren har ansvaret for faglig ansvarlig yrkesutøvelse og brukermedvirkning skal være i samsvar med dette.

5.2 Vurdering av risiko for vold

Studie 3 (4.3) pekte på at vurdering av voldsrisiko kan redusere bruken av tvang.

Ved vurdering av risiko for vold, er det nyttig å få frem pasientens tidligere opplevelser med aggresjon. Måten dette gjøres på er å lage en oversikt over tidligere voldsepisoder og se om man kan finne et voldsmønster, både på og utenfor avdelingen. Områdene man skal se etter er individuelle faktorer, omgivelsene og relasjoner. Både pasienten og pårørende er gode kilder for å skape en slik oversikt. Ved intervju om pasientens historie med vold, bør spørsmålene være åpne og direkte, for eksempel: «Hvor mye har du tenkt omkring vold?», «Hva har du gjort for å kontrollere volden?», «Har du tilgang på våpen?» og «Har du brukt dem mot noen?» (Hummelvoll, 2012, 262).

Ved kartlegging og vurdering av voldsrisiko, sier Hummelvoll at man blant annet skal vurdere følgende forhold: «personer med en voldshistorie, tvangsinnleggelse, schizofrendiagnose med paranoide trekk, tilstedeværelse av symptomer som forfølgelsesideer og begynnende hallusinasjoner, sinneutbrudd, rusmisbruk, oppløste familieforhold, voldstrusler, oppvekstforhold preget av aggresjon og vold, manglende evne til å utsette behovstilfredsstillelse, impulsiv atferd og manglende opplevelse av anger.» (Hummelvoll, 2012, s. 263). I tillegg er det visse varselsignaler som sykepleier kan se etter for å forutse bruk av vold: personen strammer musklene, raske bevegelser, rastløs gange, økt respirasjonsfrekvens og endret stemmeleie (Hummelvoll, 2012).

I rapporten «Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne» av Kunnskapssenteret, kom de fram til at «systematisk risikovurdering av pasienter som er innlagt på akutt psykiatrisk avdeling kan redusere bruk av tvangsmidler» (Thuve et al, 2012, s. 5).

Kunnskapssenteret trekker fram en undersøkelse fra nederlandske akutt psykiatriske avdelinger, der det ble foretatt daglige risikovurderinger fra pasientene var lagt inn til de ble utskrevet ved hjelp av «Brøset sjekkliste for predikasjon av vold» og «Kennedy-Axis V». En annen undersøkelse som ble framhevet var en studie fra Sveits hvor de undersøkte effekten av systematisk risikovurdering på ni akuttpsykiatriske avdelinger. Brøset sjekkliste ble brukt som kartleggingsverktøy. Forhold som ble vurdert var «forvirring, irritabilitet, høyrøstethet, verbale trusler, fysiske trusler og angrep på personer» (Thuve et al, 2012, s. 30). Det er flere faktorer som kan påvirke risikovurderingen av pasientene. Tidspress på avdelingene kan gjøre at sykepleiere ikke får tid til å vurdere pasientene eller at risikovurderingen ikke blir gjort grundig nok. Sykepleiere må i utgangspunktet ha kunnskap om vurderingsverktøyene og hvordan de benyttes. Ledelsen har også et ansvar for å implementere kartleggingsverktøy på avdelingen og skape en holdning og kultur for at de skal brukes.

5.3 Sykepleierens holdning og kunnskap

Ved å lytte til pasientens egen erfaring og syn på problemet, samt kunnskap om aggresjon kan sykepleier forebygge utagerende aggresjon. Pasientens perspektiv kan ofte gi mer innsikt i situasjonen enn det teoretisk kunnskap kan gi (Hummelvoll, 2012). Hovedmålet er at pasienten skal utvikle evnen til å la aggresjonen få utløp på måter som ikke er til skade for pasienten eller personale. Et videre mål er at pasienten klarer å ta vare på egne interesser på en sunn måte, og at han godtar at andre gjør det samme. Pasientens mål vil være å oppnå større trygghet hos seg selv og personer rundt, og bli kjent med å mestre sin egen måte å uttrykke aggresjonen på (Hummelvoll, 2012). Sykepleiere på avdelingen bør ha tydelige strategier og holdninger på hvordan voldsepisoder og tvang skal unngås. Forståelsen for pasientens frustrasjon og manglende grunnleggende behov bør være utgangspunktet for sykepleierens handlinger. Skal personalet fungere terapeutisk i en situasjon med fare for vold, kreves det en holdning som er preget av forståelse for at pasienten er i en avhengig posisjon. Når holdningen er til stede kommer følgende momenter: Først må sykepleieren sette seg inn i situasjonen og opplevelsen til pasienten.

Deretter bør sykepleier undersøke hvordan ens egen atferd og omgivelsene rundt påvirker pasientens væremåte. Avslutningsvis bør sykepleier bruke relasjonen som er utviklet med pasienten slik at relasjonen kan brukes til pasientens beste (Hummelvoll, 2012). Dette er i tråd med Kari Martinsens omsorgsetikk som sier at sykepleiere skal gjøre det som er best for pasienten. Sykepleier kan bruke vurderingsverktøy for å vurdere pasientens situasjon og for å se hvilke behov som ikke er dekket:

Territorium: Behov for personlig rom og privatliv

Kommunikasjon: Behov for å formidle seg til en annen person

Selvaktelse: Behov for å bli respektert og anerkjent – samt frihet fra stigmatisering og ydmykelse

Trygghet/sikkerhet: Behov for beskyttelse mot skade

Autonomi: Behov for å fatte egne beslutninger og å ha kontroll over eget liv

Egen tid: Behov for å utvikle seg etter sitt eget tempo

Personlig identitet: Behov for å beholde personlige eiendeler

Velvære: Behov for å være fri fra smerte, sult og tørst

Kognitiv forståelse: Behov for å kunne orientere seg i omgivelsene og å være fri fra forvirring

(Hummelvoll, 2012, s. 262).

En slik vurdering av pasientens behov må gjerne gjøres sammen med pasienten som en del av brukermedvirkning.

I arbeid med pasientens aggresjon, skal sykepleier vite at hovedmålet er at pasienten skal lære seg å kanalisere sinne i retninger som ikke er til skade for seg selv, andre pasienter eller personalet. Pasienten må forstå at alle mennesker kjenner aggresjon, og den må uttrykkes på andre måter enn undertrykking. Muir-Cochrane (2009) og Berring (2009) har utarbeidet prinsipper som kan benyttes i møte med aggressive pasienter:

- Anerkjenn personens sinne og hans rett til sine følelser
 - Tillat personen å uttrykke sinne på trygge måter
 - Forsøk å være en rolig rollemodell
 - Vær bevisst på ditt kroppsspråk
 - Ikke forsvar situasjonen eller individet som personen er sint på
 - Unngå maktkamp
 - Sett grenser, oppfordre personen til selvkontroll og pek på konsekvenser av atferd
 - Hjelp personen til å utforske den umiddelbare grunnen til sinne
 - Hjelp personen til problemløsning
 - Aksepter at noe sinne blir projisert på deg
 - Ikke ta unødvendige risikoer
- (Hummelvoll, 2012, s. 265)

Ledelse og avdeling har et ansvar for at sykepleierne er faglig oppdatert og innehar kunnskap om bruk av tvang. Dette kan gjøres på mange måter som for eksempel internundervisning, hospitering, fadderordninger og god opplæring av ansatte. Allikevel har hver enkelt sykepleier også et personlig ansvar for å være kompetent. Det kommer fram i *forsvarlighetskravet* i helsepersonelloven § 4 (Helsepersonelloven, 1999). I tillegg til det juridiske ansvaret har sykepleiere et etisk ansvar for å holde seg faglig oppdatert i følge Norsk sykepleieforbunds etiske retningslinjer punkt 1.4: ”Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleieforbund, 2016).»

Det krever tid og ressurser av sykepleiere for å skaffe seg gode holdninger og tilstrekkelig kunnskap av tvang. Studie 1 (4.1), studie 2 (4.2) og studie 4 (4.4) mener dette er gode tiltak for å redusere bruken av tvang og at det er verdt å bruke tid og ressurser på.

5.4 Miljøterapi

Hummelvold har definert miljøterapi slik: «En virksomhet som går ut på å legge til rette betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i og ved hjelp av det sosiale og materielle miljø i en situasjon (Hummelvoll, 2005, s. 430).» Studie 1 (4.1) viste at miljøterapi var et tiltak sykepleier kunne bruke for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler. Pasienter, som alle andre, påvirkes av omgivelsene de lever i og sammen med menneskene de omgir seg med. Det påvirker vår opplevelse av trygghet, trivsel og hvile (Hummelvoll, 2012). Miljøterapi er ikke en behandlingsmetode, men heller en retning eller orientering. Denne orientering vil gjøre det mulig å bruke hverdagslige situasjoner, planlagte aktiviteter og hele avdelingssystemet på en terapeutisk måte.

I praksis betyr dette at man utnytter daglige situasjoner som matlaging, planlegging av aktiviteter og diskusjoner rundt normer og regler på avdelingen. Betydning av terapi i denne sammenheng er at det åpnes for muligheter til å lære noe om seg selv og andre, samt opplevelser av mestring og problemløsning (Hummelvoll, 2012). For å gjennomføre miljøterapi må avdelingen være organisert slik at det er pasientenes behov og situasjon som blir prioritert, noe sykepleier kan være med på å tilrettelegge for. I løpet av de siste årene har pasienter på psykiatriske avdelinger hatt mer komplekst sykdomsbilde, og miljøterapien må derfor tilpasses deretter.

Studie 1 (4.1) poengterte at miljøterapien måtte inneholde tydelige psykoterapeutiske prinsipper, eksempelvis dannelsen av få og personlige relasjoner istedenfor store grupperelasjoner. Terapien vil da fokusere mer på individualisering og omsorg.

Sykepleiere har en sentral rolle i det terapeutiske arbeidet. De skal være rollemodeller i måten å møte problemer på. Det gjelder hvordan de forholder seg til disse utfordringene og måten de viser følelsesmessige reaksjoner på, samt sosial samhandling. I praksis vil det si at sykepleiere må vise et spekter av reaksjoner, som ikke er utagerende eller aggressive, i tillegg til sunne følelsesmessige reaksjon. Psykiateren Herulf Thomstad har formulert fire hovedmål for avdelinger, som vil utnytte pasientens ressurser og potensiale til miljøterapien:

- Å skape økt kommunikasjon
 - Å skape økt ansvar hos alle
 - Å skape aktivitet i avdelingen
 - Å skape økt kontakt utad mot samfunnet
- (Hummelvoll, 2012, 2. 472)

Resultatene fra Studie 1 (4.1) viste at det mest effektive tiltaket får få ned bruken av mekanisk tvang var miljøterapi, som ga en reduksjonen i bruken på 87 %. Miljøterapien ble beskrevet som aktiv, strukturert, problemorientert, psyko-eduaktiv og som en dynamisk behandlingsform. Miljøterapien ga pasientene mulighet til å finne alternativer til uhensiktsmessige reaksjonsmønstre og utvikle egne ferdigheter. Et moment ved den kognitive miljøterapien var bruk av en skjemafokusert dialog mellom pasienten og sykepleierne i situasjonen rett før potensiell bruk av mekaniske tvangsmidler. Her fikk pasienten mulighet til å prøve ut nye handlinger.

Dette var en form for pasientinvolvering som hadde positiv virkning på bruken av tvang. Det var spesielt en av studiene (Studie 1) som viste at effekten av miljøterapi og pasientinvolvering ga en tydelig nedgang i tvangsbruk. Selv om miljøterapi kan vise seg å være et godt tiltak mot tvang, er det også rettet kritikk mot miljøterapi på psykiatriske avdelinger. Fravær av personale er et av de sterkeste motargumentene. Mange sykepleiere opplever at det kan være vanskelig å få nok tid til nær pasientkontakt. Sykepleiere får stadig flere administrative oppgaver, som dokumentering, rutineoppgaver og deltakelse på møter. Arbeid som ikke er i fysisk nærvær med pasienten, kan fortsatt betegnes som omsorg.

Den typen arbeid krever sammensatte ferdigheter og kunnskap, og er av betydning for pasienten og behandlingens kvalitet (Hummelvoll, 2012). En annen kritikk som er rettet mot miljøterapien er om den passer inn i dagens helsevesen med stadig kortere opphold på sykehus. Behandlingen er også rettet mot kriseintervensjoner til personer med store psykiske problemer. Kritikken rettes også mot selve definisjonen av miljøterapi. Begrepet miljøterapi favner vidt og kan oppfattes som diffust og kan det være vanskelig å vurdere effekten av (Hummelvoll, 2012).

Miljøterapien bygger på flere av de samme etiske prinsippene som Kari Martinsen og Nordtvedt er opptatt av. Phil Baker (2009) sier at det er verdier som står fram i arbeidet med psykisk helsearbeid som også gjelder for miljøterapeutisk tekning (Hummelvoll, 2012). Ikke-skade prinsippet er det første av disse og dette samsvarer med Nordtvedt sitt syn på miljøterapi. Sykepleier er også juridisk bundet til ikke-skade prinsippet (Psykiske helsevernlov, 1999). Opprettholdelse av respekt og verdighet er det andre prinsippet. Pasienten må ikke bli redusert til sin sykdom, og derfor må det skapes en atmosfære eller omsorgskultur der pasientens verdighet blir vektlagt. Martinsens påpeker også viktigheten av at pasientene skal behandles med respekt og verdighet. Hun sier at omsorg har en moralsk side, og at solidaritet med den svake må være grunnleggende i relasjonen (Martinsen, 1993).

5.5 Ledelse og rammefaktorer

Sykepleieperspektivet har vært fokuset i denne oppgaven og de forebyggende tiltakene har vært rettet mot hva hver enkelt sykepleier kan utføre. Rammene rundt sykepleieren påvirker også bruken av tvang, og dette er noe sykepleier som leder kan være med på å påvirke. Det nest beste forebyggende tiltaket i Studie 1 (5.1) var ”Combined interventions”. Det var ikke ett enkelt tiltak, men en kombinasjon av flere. Det inkluderte blant annet undervisning av pasienten av ansatte, kulturforandring og analyse av data og dokumentasjon. Resultatene fra Studie 2 (5.2) var at «no crowding» var det tredje beste tiltaket for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler. I praksis skulle det være én seng på rommet til pasienten, mer en 25 kvadratmeter tilgjengelig rom per pasient og at personalet var bevisst på at pasientene ikke skulle oppleve trengsel.

Studie 3 (5.3) peker på at et økt antall ansatte på avdelingen kan gi mindre bruk av tvang. Det samme gjorde endringer av retningslinjer og kultur på avdelingen. Studien la vekt på en stabil personalgruppe, personaltrening og forbedret dokumentasjon. Personaltrainingen fokuserte på krisehåndtering og ikke-voldelige intervensjoner som alternativer til tvang, som de-eskaleringsteknikker.

Studie 4 (5.4) konkluderte med at hvis ledelsen satte restriksjoner for bruk av tvang, reduserte tiden på tvangstiltakene. Også konkrete mål om nedgang i tvangsbruk, ville redusere bruken. Et annet tiltak var debrifing med personalet, bruker, pårørende og/eller en ekstern komite som fokuserte på situasjonen som ledet til tvang. God dokumentasjon viste også å være et godt tiltak. Med god dokumentasjon har man data som avdelingene kan bruke til å sette seg mål, bruke som statistikk, konkurrere med andre avdelinger og se resultater av egen aktivitet. Et annet tiltak fra studien var trening av personell. Treningen fokuserte på å utvikle ferdigheter og holdninger, der det grunnleggende var ferdigheter om de-eskalering og krisehåndtering. Det siste tiltaket var å øke antallet personell i forhold til pasientene.

Inntaksposten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus satte seg som mål å få ned bruk av mekaniske tvangsmidler. Pilotprosjektet gikk i over ti måneder og resultatet var at bruken ble redusert med over 85 %. Som de andre studiene har vist, mente også inntaksposten på Lovisenberg at pasientopplæring, brukermedvirkning, stabil personalgruppe, de-eskalerende kommunikasjon, gjennomgang etter hendelser, risikovurdering og holdningsendring vil redusere bruk av tvang (Veland & Jacob, 2017).

Andre faktorer som de antok var medvirkende var:

- Fjerning av belteseng fra miljøet
 - Fleksibilitet, individuell behandling og lite rigide regler og krav
 - Innføring av «intervju om vold» og aggresjonsforebyggende samtaler
 - Fokus på terapeutiske ferdigheter
 - Forankring av prosjektet i ledelsen
- (Veland & Jacob, 2017)

Alle momentene som er drøftet som brukermedvirkning, vurdering av risiko for vold, sykepleierens holdning og kunnskap, og miljøterapi må prioriteres av avdelingen for at de skal etableres og bli en naturlig del av hverdagen på en akuttpsykiatrisk post. Dette krever betydelig tid og ressurser, noe inntaksposten på Lovisenberg Diakonale Sykehus har vist at er mulig å gjennomføre.

5.6 Etikk

I psykiatrien er møte og relasjonen mellom pasient og sykepleier sentralt, noe som gjør Kari Martinsen omsorgsfilosofi relevant. Forebygging av tvang vil være en praktisk handling som er omsorgsfull for pasienten. Styrkeforholdet mellom sykepleier og pasient på en akuttpsykiatrisk post vil være skjevt. Sykepleieren vil ha mye makt og pasienten vil være den svake part. Ved bruk av tvang fremkommer dette forholdet tydelig. Martinsen sier da at sykepleiere har et ansvar for pasienten på en akutt psykiatrisk avdeling, og at omsorgen ligger i relasjonen. Forebygging av tvang vil være en praktisk handling som er omsorgsfull for pasienten. Sykepleiere må være bevisst på maktforholdet i relasjonen og at makten (i dette tilfellet bruk av tvang) skal brukes i solidaritet med den svake (Martinsen, 1989).

Selv om sykepleieren er kunnskapsrik, skal pasienten selv kunne ta sine egne valg. En «ovenfra og ned holdning» til pasienten kalles paternalisme eller overformynderi. Konsekvensen av et slikt syn på pasienten kan være at pasienten ikke blir stilt krav til eller blir utsatt for tvang. Pasienten kan da havne i et avhengighetsforhold til sykepleier, noe som kan hindre pasienten i å oppleve mestring. På den andre siden innehar sykepleieren kunnskap og har mulighet til å gi råd og informere pasienten (Nordtvedt, 2012). «Den eneste legitime grunn til å bruke makt for å fremme en bestemt atferd, er for å forebygge at det skader andre (Slettebø, 2005).» Prinsippet om at pasientautonomi ikke kun er et etisk prinsipp, kommer fram i kapittel 3. i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

6.0 Oppsummering

Denne oppgaven har sett på hvordan sykepleier kan forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler på en akuttpsykiatrisk avdeling. Bruk av tvangsmidler i det psykiske helsevernet er strengt regulert av lovverket, og de etiske problemstillingene har blitt sett i lys av Martinsens omsorgsfilosofi og Norsk Sykepleieforbunds etiske retningslinjer. Litteraturstudie er metoden som ble brukt for å besvare problemstillingen. Etter en vurdering av fag- og forskningslitteratur, ble tema å ta utgangspunkt i hva den enkelte sykepleier kan gjøre for å forebygge bruk av tvang. Hensynet til rammefaktorer er også vurdert siden det vil påvirke sykepleierens handlinger.

Miljøterapi er en metode som brukes i psykiatrien som en del av behandlingstilbudet, og det er studier som viser at miljøterapi kan være med på å redusere bruken av tvang. Størst effekten ble oppnådd hvis miljøterapien var aktiv, strukturert, problemorientert og psyko-eduaktiv. Pasientene skulle på den måten finne alternativer til uhensiktsmessige reaksjonsmønstre. Brukermedvirkning viste seg også å ha en god effekt på bruken av tvang, og det var gjaldt spesielt hvis pasientene fikk delta på sengepostrunder, utforming av regelverk og normer på avdelingen, og utformingen av sykepleiejournalen. Vurdering av risiko for vold ble framhevet av studiene som et godt tiltak. Det er viktig å få frem pasientens tidligere opplevelser med aggresjon. I tillegg finnes det flere kartleggingsverktøy som vurderer risiko for vold. Sykepleierens holdning og kunnskap var også med på å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler. Sykepleierens kunnskap om aggresjon og holdning til bruk av tvang var sentralt. Forståelse for pasientens frustrasjon og manglende grunnleggende behov bør være utgangspunktet for sykepleierens handlinger. Det siste punktet som ble vurdert var andre faktorer enn den enkelte sykepleier. Tilstrekkelig antall ansatte på avdelingen, tydelig lederskap, kulturforandringer og nok areal til hver pasient er eksempler på tiltak som virket forebyggende.

Samlet sett viser faglitteraturen og studiene at det er flere virkemidler sykepleiere kan bruke for å forebygge bruken av mekaniske tvangsmidler. Inntaksposten på Lovisenberg Diakonale Sykehus er et godt eksempel på dette. Ved å jobbe med holdninger, kultur og struktur klarte avdelingen å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler med 85 %, som ble ansett som sannsynlig at også kunne oppnås ved andre psykiatriske avdelinger (Veland & Jacob, 2017).

Referanseliste

Aarre, T. F. (Red). (2012). *Praktisk Psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget

Andersen, A.T., Dramsdahl, M., Haugen, E. A., Johannessen, Loftesnes, U., Olsen, G., Bua, I., & Fosse, M. B. (2012). Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern. *Helsebiblioteket*. Hentet fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>

Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sesoft, D. M., & Zoffman, V. (2010). Mechanical Restraint- Which interventions prevent episodes of mechanical restraint?-A systematic review. *Perspectives in PSYCHIATRIC CARE* 48, 83-94. Doi: 11.1111/j.1744-6163.2011.00307

Bak, J., Zoffman, V., Sesoft, D. M, Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2013). Mechanical restraint in psychiatry: Preventive factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study. *Perspectives in PSYCHIATRIC CARE*. Doi: 10.1111/ppc.12036

Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R., & Husum, T. J. (2014). *Alternativer til tvang I – Sett fra et bruker- og fagperspektiv*. Ressurshefte fra Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra:
<http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Alternativer-til-Tvang-Ressurshefte.pdf>

Bremnes, R., Pedersen, P., Hellevik, V., Urfjell, B., Solberg, A., Vedvik, M., Gaarder, M., Lilleeng, S., Nystadnes, T. & Kindseth, O. (2016) *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*. (Rapport fra helsedirektoratet 03/2016) Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf>

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Bedre kvalitet – økt frivillighet - Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Oslo: Departementet
Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf

Helsepersonelloven. (1991). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§5

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Hummelvoll, J. K. (2005). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (6. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Kirkevold, M. (2014). Sykepleieteori. I Store medisinske leksikon. Hentet 17. mars 2017 fra
<https://sml.snl.no/sykepleieteori>

Legevakhåndboken. (2015) *Akutt innleggelse i psykiatriske avdelinger – Generelt*. I Legevakhåndboken 5. Utgave. Hentet fra:
http://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/akutt_innleggelse_i_psykiatrisk_avdeling/generelt

Martinsen, K. (1993). *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: TANO A.S

Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie, medisin*. Oslo: TANO A.S

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helse (2012). *Tvang i psykisk helsevern - Ansatte og misfornøyde brukeres ulike oppfatninger*. (Artikkel fra Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse). Hentet fra:
<http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Tvang-i-psykisk-helsevern.pdf>. Artikkelen er skrevet på bakgrunn av rapporten ”Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang” (Norvoll, Reidun og Tonje Lossius Husum, Oslo 2011).

Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. (2. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk sykepleieforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleieforbund. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K-G. (2008) *Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus*. (SINTEF A8450). Hentet fra: http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, P. B. & Restad, B. (2016) *Distriktpsykiatriske tjenester 2015 – Driftsindikatorer for distriktpsykiatriske sentre*. (Rapport fra Helsedirektoratet 11/2016). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1279/Rapport%20DPS%20for%20statistikk%202015.pdf.pdf>

Pedersen, P. B., Hellevik, V., Skui, H. (2016). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015*. (Rapport fra Helsedirektoratet 11/2016) Hentet fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1251/Kontroll_av_tvang_2015_IS-2452-2015.pdf

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_3#§3-5

Psykisk helsevernforskriften. (2012) *Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258>

Scanlan, J. N. (2010) Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we know so far a review of the literature. *International Journal of social psychiatry*. 56(4), 412-423. Doi: 10.1177/0020764009106630

Sintef (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern.

Utgitt av Sosial og helsedirektoratet. Hentet fra:

[https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf)

[filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken, sinn - kropp – samfunn*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Slettebø, Å. (2005) *Sykepleie og etikk..* (3. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Steward, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Mental health nursing*. 31:413-424. Doi: 10.3109/01612840903484113

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Thuve, D. K., Leiknes, K. A., Husum, T. L., Kirkehei, I., Hofmann, B., Myhrhaug, H. T., Brurberg, K. T., Dalsbø, T. K. & Reinart, L. M. (2012) *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne* (Rapport fra kunnskapssenteret 2012). Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tiltak-for-a-reducere-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne?vis=sammendrag>

Tjora, R. (2012). Å være psykiatrisk pasient. I Aarre, T. F. (Red.), *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget

Veland, M. C., & Jacob, A. (2017) Bruker mindre tvang. *Sykepleien* 104(4), 54-57. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>
Doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.57137

- Westerlund, H. (2010) *Brukermedvirkning i tvangsreducerende arbeid i akuttposter*.
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra:
<https://www.napha.no/content/14078/Brukermedvirkning-i-tvangsreducerende-arbeid-i-akuttposter>
- Wynn, R. (2015). The use of physical restraint in Norwegian adult psychiatric hospitals. *PSYCHIATRIC SERVICES* 65:1277-1280. Doi: 10.1176/appi.ps201300247
- Åsebø, S., Norman, M. (2016). Binded fast ulovlig. I Verdens Gang. Hentet fra 17. mars 2017 fra <http://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/1-binded-fast-ulovlig/>
- Åsebø, S., Norman, M. (2016). De frontet psykiatri-sakene: ”Håper jeg får en unnskyldning”. I Verdens Gang. Hentet fra 17. mars 2017 fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/de-frontet-psykiatri-sakene-haaper-jeg-faar-en-unnskyldning/a/23868378/>
- Åsebø, S., Norman, M. (2016) Høie om psykiatrien: Har fått leve sitt eget liv. I Verdens Gang. Hentet 17. mars 2017 fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/hoeie-om-psykiatrien-har-faatt-leve-sitt-eget-liv/a/23850939>